



Žádost o poskytování sociální služby - odlehčovací služby Hospic v Mostě

Došlo dne

Žádám o pobytovou odlehčovací službu v termínu od do

Žadatel/ka

Jméno a příjmení	Rodné číslo		
Bydliště	Telefon		
Rodinný stav			
Důvod žádosti o odlehčovací službu			
Pobíráte příspěvek na péči? (prosím zakroužkujte)	ANO NE V ŘÍZENÍ	Stupeň závislosti (prosím zakroužkujte)	I. II. III. IV.
Váš ošetřující lékař (praktický nebo specialista)			
Nejbližší příbuzní (jako první prosím uveďte osobu, která o Vás celodenně pečuje) Jméno, adresa, telefon			
1)			
2)			
3)			
Ostatní sdělení a přání, která považujete za nutné uvést k žádosti:	Klient si během pobytu v hospici nepřeje:		
Jméno a adresa zákonného zástupce, je-li žadatel zbaven (omezen ve) způsobilosti k právním úkonům:			
Telefonický kontakt na zákonného zástupce:			

Prohlášení žadatele - zákonného zástupce (je-li ustanoven):

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě.

V souladu s ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání osobních údajů, souvisejících s podáním Žádosti o poskytování sociální služby – odlehčovací služby.

Dne

Podpis žadatelky

Podpis zákonného zástupce

K žádosti prosím přiložte:

Žádost zašlete do Hospice v Mostě, o.p.s.

- zdravotní záznam vyplněný ošetřujícím lékařem (součást této žádosti)
- v případě zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům žadatele – rozhodnutí soudu a listinu o ustanovení opatrovníka

Vyplněnou a podepsanou žádost můžete podat osobně, zaslat poštou, případně faxem nebo e-mailem na adresy: Hospic v Mostě, Svážná 1528, 434 01 Most, socialni.hospic@mostmail.cz, fax: 476 000 169. Děkujeme.



Zdravotní záznam žadatele o odlehčovací službu

Přiložte nebo nahraďte kopiemi propouštěcích zpráv či dekurzů

Jméno a příjmení pacienta/ky:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Adresa:

Diagnóza a medikace:

Celkový objektivní nález schopností žadatele (zaškrtněte):

je schopen/na chůze: bez cizí pomoci – s doprovodem – s holí – s chodítkem – neschopen/na chůze

je upoután/a na lůžko: trvale – přechodně – nutné polohování – antidekubitní podložky

je schopen/a sebeobsluhy: zcela – částečně – není soběstačný/á

je psychicky: orientován/a zcela – částečně – dezorientován/a zcela – neklidný/á – depresivní

soužití v kolektivu: je schopen/a – není schopen/a

inkontinence moči: ano – ne – částečně

inkontinence stolice: ano – ne

Předepsaná dieta č.:

Alergie:

potřebuje zvláštní péči: jakou ?

Žádost vyplnil Tel.:

Datum razítko a podpis lékaře

* Odlehčovací službu (terénní a pobytovou formu) poskytujeme osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby a o kterou jinak pečuje osoba blízká v domácnosti; cílem naší služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů.



Dotazník odlehčovací péče

Oblékání

- a) zvládám sám bez pomoci
- b) potřebuji pomoc druhé osoby
- c) nezvládám – provádí druhá osoba

Stravování

- a) najím se sám
- b) potřebuji nakrájet stravu
- c) potřebuji pomoc při přijímání stravy

Dieta

- a) ano /D
- b) ne – racionální č.3

Použití WC

- a) zvládám sám
- b) zvládám s pomocí druhé osoby
- c) trpím inkontinencí (pomůcky

Hygienická péče

- a) zvládám sám bez pomoci
- b) potřebuji částečnou pomoc při mytí a koupání
- c) nezvládám, potřebuji úplnou pomoc druhé osoby

Užívání léků

- a) samostatně, ponechám si u sebe
- b) samostatně, ponechám u sebe, pouze připomenutí času a dávky
- c) léky žádám podávat popř. aplikovat insulin všeobecnou sestrou

Dorozumívání, sluch, zrak

- a) mluvím zřetelně
- b) mluvím s obtížemi
- c) nemluvím
- d) porucha sluchu/ mám naslouchadlo: ano - ne
- e) oční vada/ ano-ne

podpis klienta



Jak vyplnit žádost o odlehčovací péči

- **1. stránka:** prosím vyplňte
- **2. stránka:** vyplní praktický/á lékař/ka
- **3. stránka:** souhlas klienta s poskytováním odlehčovací péče – souhlas stvrzuje klient svým podpisem. Pokud jste soudně ustanoveným opatrovníkem, prosím podepiště žádost Vy a doložte k ní kopii soudního rozhodnutí v této věci. Pokud máte plnou moc na úřední úkony zahrnující i jednání s pobytovými službami, postupujte stejně. Pokud neplatí nic z výše uvedeného a klient se nemůže podepsat, je nutno, abychom si osobně ověřili alespoň klientův slovní souhlas v rámci návštěvy při sociálním šetření.

Vyplněnou žádost prosím přineste nebo zašlete poštou nebo e-mailem sociální pracovníci.

V dotazníku prosím zaškrtněte položku, která odpovídá situaci klienta